

2007

LAMB Calendar

S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S
JANUARY						FEBRUARY						MARCH						APRIL									
	1	2	3	4	5	6					1	2	3					1	2	3	1	2	3	4	5	6	7
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28
28	29	30	31				25	26	27	28				25	26	27	28	29	30	31	29	30					
MAY						JUNE						JULY						AUGUST									
		1	2	3	4	5						1	2	1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30	29	30	31				26	27	28	29	30	31		
SEPTEMBER						OCTOBER						NOVEMBER						DECEMBER									
					1			1	2	3	4	5	6					1	2	3	2	3	4	5	6	7	8
2	3	4	5	6	7	8															9	10	11	12	13	14	15
9	10	11	12	13	14	15	7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	16	17	18	19	20	21	22
16	17	18	19	20	21	22	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	23	24	25	26	27	28	29
23	24	25	26	27	28	29	21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	30	31					
30							28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	30	31						

2008

S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S
JANUARY						FEBRUARY						MARCH						APRIL									
		1	2	3	4	5						1	2	2	3	4	5	6	7	8			1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	9	10	11	12	13	14	15	6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	26	27	28	29	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30	31					27	28	29	30					
MAY						JUNE						JULY						AUGUST									
			1	2	3		1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	3	4	5	6	7	8	9
4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	6	7	8	9	10	11	12	10	11	12	13	14	15	16
11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	13	14	15	16	17	18	19	17	18	19	20	21	22	23
18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	20	21	22	23	24	25	26	24	25	26	27	28	29	30
25	26	27	28	29	30	31	29	30					27	28	29	30	31		31								
SEPTEMBER						OCTOBER						NOVEMBER						DECEMBER									
	1	2	3	4	5	6				1	2	3	4	2	3	4	5	6	7	8		1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11	9	10	11	12	13	14	15	7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18	16	17	18	19	20	21	22	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24	25	23	24	25	26	27	28	29	21	22	23	24	25	26	27
28	29	30					26	27	28	29	30	31	30						28	29	30	31					

STAFF USE ONLY:

ID: \_\_\_\_\_

Date Received: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date Entered: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Missing questions: \_\_\_\_\_

Need to telephone: \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No Phone number: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

# El Proyecto

## Los Angeles Mommy and Baby

(La encuesta de Mamás y Bebés en Los Ángeles)



Su Voz  
Sus Experiencias

*Nuestras Mamás y Bebés Sanos*

**¡Complete la encuesta y recibá un vale del almacén de \$20 para la tienda de comestibles Ralphs/Food4Less y la oportunidad de ganar un vale de \$100!**

Para mas información o si prefiere completar la encuesta por el teléfono, por favor llame el proyecto de LAMB al 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262)

**Departamento de Salud del condado de Los Ángeles**  
? Programa de Salud de Madres, Niños y Adolescentes ?

## ***Confidencialidad***

### Favor de Leer Antes de Comenzar la Encuesta

Para ayudar a proteger su privacidad, hemos obtenido un Certificado de Confidencialidad por parte del Instituto Nacional de Salud. Mantendremos toda la información que comparta con nosotros privada y confidencial. Con este Certificado, no nos pueden forzar a dar información que la puede identificar excepto en las siguientes situaciones:

- ✍ Cuando el gobierno nos requiere para investigar datos de nuestra investigación o a la Administración Federal de Drogas (FDA)
- ✍ Cuando usted de permiso a que alguien reciba la información

Unas preguntas son sensitivas incluyendo sobre el abuso físico o emocional durante el embarazo; el uso de cigarrillos, alcohol, o uso de drogas durante el embarazo; y experiencias con el racismo. No revelaremos sus respuestas, y usted puede negar a responder cualquier pregunta sin pena.

**Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos al participar en esta investigación, favor de contactar la IRB de UCLA al 310-825-7122.**

## **Información Importante Sobre LAMB**

Por Favor Lea Antes de Comenzar la Encuesta

- ?? LAMB (Los Angeles Mommy and Baby Survey) o La encuesta de Mamás y Bebés en Los Ángeles es un proyecto de investigación patrocinado por el Programa de Salud de Madres, Niños y Adolescentes (MCAH) del Departamento de Salud del condado de Los Ángeles.
- ?? Estamos preguntándoles a mujeres que viven en el condado de Los Ángeles que contesten las mismas preguntas. Todos sus nombres fueron seleccionados al azar por computadora de una lista de actas de nacimiento recientes.
- ?? Tiene la opción de completar la encuesta. El completar la encuesta, no afectara su cuidado médico, estado de inmigración, o cualquier ventaja que usted pueda estar recibiendo.
- ?? Si decide contestar la encuesta, sus respuestas se mantendrán en privado hasta donde lo permita la ley, y sólo se usarán para fines de investigación.
- ?? Nadie será identificado por nombre en los informes de LAMB. El número del formulario nos permite saber que usted ha regresado su encuesta.
- ?? Sus respuestas serán ligadas con la información de la acta de nacimiento de su bebé para ayudarnos a entender cómo sus experiencias del embarazo influyen la salud de su bebé. Si usted ha tenido más de un bebé, sus respuestas se pueden ligar con las actas de nacimiento de sus otros bebés también.
- ?? Sus respuestas se agruparán con las de otras mujeres. Lo que aprendamos de LAMB será utilizado para ayudar a las madres y los bebés de Los Ángeles.
- ?? Esto es un estudio en progreso. Guardaremos su nombre e información de contacto para contactarla durante los siguientes años encaso que quiera participar en estudios en el futuro.

**Si tiene preguntas sobre el LAMB o si prefiere completar la encuesta por el teléfono, por favor llame el proyecto de LAMB al 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262)**

## Preguntas Más Comunes Sobre LAMB

### ¿Qué es LAMB?

LAMB (Los Angeles Mommy and Baby Survey) o La encuesta de Mamás y Bebés en Los Ángeles es un proyecto de investigación patrocinado por el Programa de Salud de Madres, Niños y Adolescentes (MCAH) del Departamento de Servicios de Salud del condado de Los Ángeles. Nuestra encuesta les pregunta a madres que recientemente dieron a luz acerca de las cosas que sucedieron alrededor de la época de su embarazo. Sus respuestas nos ayudarán a aprender más sobre maneras de mejorar la salud de futuras madres y bebés.

### ¿Por qué debería participar en esta encuesta?

LAMB es una encuesta muy importante que ayudará a mejorar la salud de futuras madres y bebés. La encuesta nos ayudará a entender y a resolver mejor las necesidades saludables de madres y bebés del condado de Los Ángeles. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar los servicios para mujeres, infantes, y familias. Para entender mejor la salud de madres y bebés en el condado de Los Ángeles, necesitamos que cada madre seleccionada conteste a las preguntas en esta encuesta.

### ¿Algunas de las preguntas no parecen ser relacionadas con el embarazo—Por que son preguntadas?

Hay muchas cosas en la vida que pueden afectar el embarazo. Estas preguntas se hacen para obtener una imagen completa de las cosas que sucedieron antes, durante, y después del embarazo. Las preguntas también nos permiten que le agrupemos con otras mujeres. Aunque algunas de las preguntas pueden ser personales, recuerde por favor que todas sus respuestas serán privadas.

### ¿Cómo fui escogida para participar en LAMB?

Su nombre fue seleccionado por azar, como en la lotería, de las actas de nacimiento del registro del estado. Usted es parte de un pequeño grupo de mujeres escogidas para ayudarnos con este estudio.

### ¿Recibiré los resultados de la encuesta?

Si usted desea que le mandemos los resultados de la encuesta, por favor díganos en la parte posterior de la encuesta.

### ¿Qué puedo hacer si tengo más preguntas acerca de LAMB?

Sería un placer contestar cualquier otra pregunta que usted pueda tener sobre LAMB. Llámenos por favor en nuestro número gratis 1-866-706-LAMB (1-866-706-5262). También puede llamar al mismo número si prefiere completar la encuesta por teléfono.

? Marque aquí si desea que alguien le llame para hacer la encuesta por teléfono. En el espacio abajo, por favor escriba su nombre, domicilio, y número de teléfono y el nombre domicilio, y número de teléfono de otra persona o familiar que la conozca a usted (En caso de que usted se mude). Pedimos esto en caso de que necesitemos establecer contacto con usted para clarificar respuestas en su encuesta y asegurarnos que tenemos su domicilio actual para enviar su certificado de Ralphs/Food4Less. **Recibirá su certificado de Ralphs/Food4Less si usted**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

¿Cuál es el tiempo mejor para llamarle? \_\_\_\_\_

Otro amigo/familiar: \_\_\_\_\_

Otro domicilio: \_\_\_\_\_

Otro teléfono: ( ) \_\_\_\_\_



**\*\*Attention LAMB Staff: Tear out this page before entering data\*\***

84. ¿Cuáles fueron sus ingresos familiares en **2006** antes de pagar impuestos? Por favor cheque el numero abajo que incluye sus ingresos totales, incluyendo sus ingresos y los ingresos de su esposo o pareja (si vivía con usted en 2006) y sus hijos. Por favor incluya ingresos de todas partes, incluyendo trabajo, bienestar social ("welfare"), seguro de incapacidad, seguro de desempleo, pagos por el mantenimiento infantil ("child support"), intereses, dividendos y ayuda por parte de familiares.

- Menos de \$20,000 ..... 1
- \$20,000-\$39,999 ..... 2
- \$40,000-\$59,999 ..... 3
- \$60,000-\$99,999 ..... 4
- Mas de \$100,000..... 5

85. Cuantas personas vivieron en esos ingresos en **2006**? \_\_\_\_\_ numero total de personas

**Si quiere escribir algunos comentarios sobre esta encuesta, sus experiencias del cuidado prenatal, su embarazo, o cualquier otra cosa, por favor hágalos en el espacio abajo.**

---



---



---



---

**Este es el fin de la encuesta.**

**Por favor ponga la encuesta en el sobre porte pagado con nuestra Dirección que hemos provisto, y envíelo a:**

**Los Angeles Mommy and Baby Survey  
Maternal, Child and Adolescent Health Programs  
600 S. Commonwealth, Suite 800  
Los Angeles, CA 90005**

**Muchas gracias por su ayuda.**

**Su contribución va a ayudarnos a mejorar la salud de las madres y los bebes en el condado de Los Ángeles.**

**\*\* Usted Recibirá su certificado de regalo para los Supermercados Ralphps/Food4Less con el valor de \$20 aproximadamente en 2 a 3 semanas después de que recibamos su encuesta\*\*  
También estaremos en contacto con usted si gana el vale \$100 \*\***

**La fecha de hoy**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
mes      día      año

**Su fecha de nacimiento**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
mes      día      año

**Piense en el tiempo antes de embarazarse con su nuevo bebe. Las preguntas 1-23 se tratan acerca el tiempo justo antes de su último embarazo.**

1. ¿**Antes** de su último embarazo, tenía usted algún tipo de seguro médico?

1 Sí

0 No     **PASE A LA PREGUNTA #3**

2. ¿**Antes** de su ultimo embarazo, qué tipo de seguro médico tenia usted?

Medi-Cal ..... 1

Aseguranza Privada ..... 2

Other..... 3

Por favor díganos:  
\_\_\_\_\_

3. En los **seis meses antes** de que se embarazara con su nuevo bebé, ¿hablo con un doctor, enfermera, u otro trabajador de cuidado médico para prepararla a tener un embarazo y un bebé saludable?

1 Sí

0 No     **CONTESTE LA PREGUNTA #5**

4. ¿Díganos porque visito a un doctor, enfermera, u trabajador de cuidado medico para prepararla para este bebe. **MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN.**

- a. Pensaba que hablar con un doctor o enfermera me ayudaría tener un embarazo saludable..... 1
- b. Tenía un problema medico crónico .... 2
- c. Tuve problemas durante mí último embarazo ..... 3
- d. Esperaba embarazarme ..... 4
- e. Alguien me animo a ver a un doctor o a una enfermera ..... 5

**PASE A LA PREGUNTA #6**

5. ¿Díganos porque no vio un trabajador de cuidado medico para prepararla para este bebe. **MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN.**

- a. Ya sabia como prepararme para un embarazo ..... S N
- b. No esperaba embarazarme..... S N
- c. No tenía suficiente dinero o aseguranza para pagar por mi consulta medica ..... S N
- d. Regularmente no tenía un doctor o enfermera con quien hablar..... S N
- e. No tenía ninguna manera de ir a la clínica o la oficina del doctor ..... S N
- f. No podía tomar tiempo del trabajo ..... S N
- g. No tenía nadie quien cuidara a mis niños..... S N
- h. Tenia demasiadas otras cosas sucediendo a la vez..... S N
- i. No podía encontrar un doctor o enfermera quien hablara mi idioma..... S N
- j. Otra razón..... S N

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

**PASE A LA PREGUNTA #8**

6. ¿Adónde fue a hablar con un doctor, enfermera, u otro trabajador de cuidado medico para prepararse para el embarazo? **MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN**
- Oficina de médico privado..... 1
  - Plan de Asistencia Médica (HMO) ..... 2
  - Clínica publica ..... 3
  - Clínica del hospital ..... 4
  - Clínica para planificación familiar..... 5
  - Otros sitios..... 6
7. Piense en las ocasiones cuando vio a un doctor o a una enfermera en los **seis meses antes** de embarazarse. ¿ Le hablaron sobre los siguientes temas para prepararla a embarazarse?
- a. Multivitaminas o ácido fólico ..... S N
  - b. Aumento de peso sano para el embarazo ..... S N
  - c. Inmunizaciones ..... S N
  - d. Nutrición sana ..... S N
  - e. El parar de fumar ..... S N
  - f. El control de su nivel de azúcar en la sangre ..... S N
  - g. El control de su presión en la sangre arterial ..... S N
  - h. El cuidado de mis condiciones medicas (e.g., asma, anemia) ..... S N
  - i. El cuidado de sus encías y dientes .. S N
  - j. Violencia doméstica ..... S N
  - k. Ansiedad o depresión ..... S N
  - l. Métodos anticonceptivos ..... S N
  - m. Asesoramiento genético ..... S N
  - n. La exposición al plomo y mercurio ... S N

8. ¿En los **seis meses antes** de embarazarse, tuvo problemas con lo siguiente? **MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN**
- a. Depresión... ..... 1
  - b. Ansiedad..... 2
  - c. Presión alta (hipertensión) ..... 3
  - d. El nivel de azúcar estaba alto (diabetes) ..... 4
  - e. Anemia (falta de hierro) ..... 5
  - f. Problemas cardíacos ..... 6
  - g. Problemas con sus encías o dientes ..... 7
  - h. Asma..... 8
  - i. Comió menos que debía porque no había suficiente dinero para comprar comida ..... 9
9. ¿En **los 6 meses antes** de que usted descubriera que estaba embarazada con su nuevo bebe, en promedio cuántos cigarrillos fumó al día?
- Ninguno..... 1
  - Mas o menos un cigarrillo cada día..... 2
  - Sólo pocos cigarrillos cada día (2-4)..... 3
  - Mas o menos media cajetilla al día (5-14) ... 4
  - Mas o menos una cajetilla al día (15-24) .... 5
  - Mas o menos 1½ cajetillas al día (25-34).... 6
  - Mas o menos 2 cajetillas al día (35-44)..... 7
  - Más de 2 cajetillas al día (45 o más)..... 8

76. En los nueve meses después del nacimiento de su bebe, diría que estuvo:
- Nada deprimida..... 1
  - Un poco deprimida..... 2
  - Moderadamente deprimida... ..... 3
  - Muy Deprimida..... 4
77. ¿Esta usted o su esposo o pareja haciendo algo para prevenir el embarazo?
- Sí ..... 1
  - No ..... 0

**Las siguientes preguntas nos dan una idea sobre el tipo de personas que han tomado parte en esta importante encuesta. Toda la información se mantendrá privada.**

78. ¿Cuánto mide usted de altura sin zapatos?  
 \_\_\_\_\_ pies **y** \_\_\_\_\_ pulgadas  
 \_\_\_\_\_ centímetros
79. **Justo antes de quedar embarazada** con su nuevo bebé ¿cuánto pesaba usted?  
 \_\_\_\_\_ libras  
 \_\_\_\_\_ kilos
80. **Justo antes de que naciera su bebé,** ¿cuánto pesaba usted?  
 \_\_\_\_\_ libras  
 \_\_\_\_\_ kilos
81. ¿Nació usted en los Estados Unidos?  
 Sí..... 1  
 No..... 0  
**Por favor díganos donde nació:**  
 \_\_\_\_\_
82. ¿Cuantos años ha vivido en los Estados Unidos?  
 \_\_\_\_\_ **anos** **O** \_\_\_\_\_ **meses**
83. ¿Qué idioma habla en la casa usualmente? **MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN**
- Inglés ..... 1
  - Español..... 2
  - Idioma asiático ..... 3
  - Por favor díganos:** \_\_\_\_\_
  - Algún otro idioma ..... 4
  - Por favor díganos:** \_\_\_\_\_

71. ¿Le impidió cualquiera de las siguientes cosas en obtener un chequeo del bien-bebé?

**MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN.**

- No pude conseguir una cita..... 1
  - Mi bebé estaba muy enfermo para ir por su cuidado rutinario..... 2
  - No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por un chequeo..... 3
  - Otra razón..... 4
- Por favor díganos: \_\_\_\_\_

72. ¿Después de dar a luz a su bebe, fue de regreso a un doctor o clínica médica para un chequeo? (Esta es una vista medica regular para las mamás usualmente a las 6 semanas después del parto)

- 1 Sí  **PASE A LA PREGUNTA #74**
- 0 No

73. ¿Cuales fueron las razones por las que no fue a ver a un doctor o enfermera para un chequeo médico después de dar luz? **MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN.**

- Me sentí bien..... 1
- No pensé que necesitaba un chequeo..... 2
- No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por un chequeo..... 3
- Tenía demasiadas otras cosas que hacer . . . 4
- Estaba muy ocupada con mi bebé..... 5
- Otra razón..... 6

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_  
 **PASE A LA PREGUNTA #75**

74. ¿Durante el chequeo medico, le hablo su doctor o enfermera acerca de lo siguiente?

**MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN.**

- a. Métodos anticonceptivos ..... S N
- b. La leche materna ..... S N
- c. Como poner a dormir a su bebé . . . S N
- d. Perder el peso subido durante el embarazo..... S N
- e. Controlar mi nivel de azúcar en la sangre..... S N
- f. Cuidando su presión de sangre ... S N
- g. Violencia doméstica/abuso de niños..... S N
- h. Ansiedad ..... S N
- i. Depresión ..... S N
- j. El parar de fumar..... S N
- k. El parar de tomar ..... S N
- l. El parar de usar drogas..... S N
- m. Exposición de niños al plomo ..... S N

75. Esta pregunta es sobre cosas que pueden haber pasado **después que su bebé nació.** Por cada articulo, marque **Si** si le paso o **No** si no le paso.

- a. Su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente o de cualquier otra forma ..... Sí No
- b. Su esposo o pareja trató de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, controlaba con quien podía hablar o donde podía ir ..... Sí No
- c. Tuvo miedo de su esposo o pareja ..... Sí No
- d. En varias ocasiones fue insultada verbalmente, le dijo que usted no era nadie, que era fea, o fue amenazada verbalmente por su esposo o pareja. .... Sí No
- e. Su esposo o pareja la forzó a tomar parte en cualquier actividad sexual cuando usted no quería (incluyendo caricias que la hicieron sentir incomoda) ..... Sí No

10. **Durante el mes antes de su embarazo** con su nuevo bebe, ¿Cuántas veces a la semana tomó una vitamina con ácido fólico o multivitaminas?

- Yo no tome ninguna ..... 1
- Ocasionalmente ..... 2
- 1 a 3 veces a la semana ..... 3
- 4 a 6 veces a la semana ..... 4
- Todos los días de la semana ..... 5

11. Algunos expertos de la salud recomiendan tomar el ácido fólico antes y durante el principio del embarazo. **MARQUE UNA RAZON PORQUE**

- Para hacer los huesos fuertes ..... 1
- Para prevenir defectos de nacimiento..... 2
- Para prevenir la presión arterial alta ..... 3
- No se ..... 4

12. **Piense en el tiempo 3 meses antes de que se embarazo.** ¿Estaba tratando de embarazarse? **MARQUE UNA RESPUESTA**

- Si ..... 1
- Si, pero no estaba tratando muy duro..... 2
- Estaba tratando seriamente de prevenir quedar embarazada ..... 3
- No estaba tratando de quedar embarazada o tratando de prevenir un embarazo ..... 4

13. Antes de embarazarse con su nuevo bebé, ¿estaba cuidándose para evitar el embarazo?

- Sí, siempre..... 1
  - Sí, a veces..... 2
  - No..... 3
- PASE A LA PREGUNTA #15**  
**PASE A LA PREGUNTA #14**

14. ¿Cuáles fueron las razones porque usted o su esposo o pareja no estaban haciendo nada para evitar el embarazo?

**MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN.**

- No me importaba si quedaba embarazada .....
- Quería un bebé / estaba tratando de quedar embarazada .....
- Pensaba que no podía quedar embarazada en ese momento.....
- El método anticonceptivo que usaba me producía efectos secundarios .....
- Tenía dificultades consiguiendo anticonceptivos cuando los necesitaba.....
- Pensaba que mi esposo o pareja o yo no podíamos embarazarnos .....
- Mi esposo o pareja no quería hacer nada. ....
- No podía comprar anticonceptivos.....
- Otra razón .....

**Por favor díganos:** \_\_\_\_\_  
**AHORA PASE A LA PREGUNTA #16**

15. ¿Conque se cuidaban usted o su esposo o pareja para evitar el embarazo? **MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE APLICAN.**

- La píldora anticonceptiva ..... 1
- Condomes ..... 2
- Inyección(Lunelle® or Depo-Provera®)..... 3
- Parche anticonceptivo (OrthoEvra®)..... 4
- Método del ritmo o planificación familiar natural ..... 5
- El hombre se retiraba..... 6
- Otro..... 7

Por favor díganos: \_\_\_\_\_

16. ¿Antes de embarazarse con su nuevo bebé, había usado la contracepción de emergencia ("píldora del día siguiente")? *Esta combinación de píldoras se utiliza para prevenir el embarazo hasta 5 días después del sexo desprotegido.*
- No .....  1
- No, no sabía que era la contracepción de emergencia.....  2
- Sí .....  3
- Cuántas veces ? \_\_\_\_\_**
17. Pensando en el tiempo **justo antes** de que quedara embarazada con su nuevo bebé, ¿que pensaba de quedar embarazada? **MARQUE UNA RESPUESTA.**
- Quería estar embarazada más pronto .....  1
- Quería estar embarazada más tarde
- ¿Entonces, cuanto tiempo después?
- Menos de un año .....  2
- Entre 1-2 años más tarde .....  3
- Entre 3-4 años más tarde .....  4
- 4 o más años más tarde .....  5
- Quería estar embarazada en ese momento.....  6
- No quería estar embarazada ni en ese momento ni nunca .....  7
18. ¿**Justo antes** de embarazarse con su nuevo bebe, que pensaba su esposo o pareja?
- Él quería que me embarazara más pronto...  1
- Él quería que me embarazara mas tarde.....  2
- Él quería que estuviera embarazara en ese momento .....  3
- Él no quería que estuviera embarazada ni en ese momento ni nunca.....  4
- No sé .....  5

19. ¿Cómo se sintió usted cuando descubrió que estaba embarazada con su nuevo bebé? Estaba usted:
- Muy infeliz.....  1
- Algo infeliz.....  2
- Se sintió neutral .....  3
- Algo feliz .....  4
- Muy feliz.....  5
20. ¿Le ayudo un doctor a embarazarse con su nuevo bebé? (Como con medicamentos para fertilidad o tecnología de reproducción asistida.)
- Sí .....  1
- No .....  0
21. ¿**Antes de que se embarazara con su nuevo bebé**, cuántas veces había estado embarazada? **Por favor incluya TODOS sus embarazos, incluso malpartos o abortos.**
- \_\_\_\_\_ Veces
22. ¿**Antes de su nuevo bebé** cuántas veces había dado luz? **Incluya por favor nacimientos vivos y partos muertos, pero NO CUENTE malpartos o abortos.**
- \_\_\_\_\_ Veces
- \_\_\_\_\_ Número total de niños
- ¿Cuales son sus edades?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

63. ¿Cuales fueron las razones por que paro de dar pecho? **MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN.**
- a. Tuve problemas dándole pecho.....  1
- b. La leche materna solamente no satisfacía a mi bebé .....  2
- c. Pensé que no estaba produciendo suficiente leche .....  3
- d. Mis pezones estaban adoloridos, agrietados, o sangrados.....  4
- e. Regrese al trabajo o la escuela .....  5
- f. Otro.....  6
- Por favor díganos: \_\_\_\_\_
64. ¿Le dio un doctor o una enfermera ayuda o apoyo para amamantar?
- a. Durante sus visitas prenatales.....  S  N
- b. En el hospital después de que nació su bebe? .....  S  N
- c. Durante la consulta del bien-bebe...  S  N
65. **La mayoría** del tiempo, ¿cómo acuesta a dormir a su bebé? **MARQUE UNA**
- De lado.....  1
- Boca arriba.....  2
- Boca abajo.....  3
66. ¿Con qué frecuencia duerme su nuevo bebé en la misma cama con usted o con otra persona?
- 1 Siempre
- 2 Frecuentemente
- 3 A veces
- 4 Rara la vez
- 5 Nunca
- } **RESPONDA LA PREGUNTA #67**
- } **PASE A LA PREGUNTA #68**

67. ¿Cuáles son las razones su bebe duerme con usted o con otra persona? **MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN.**
- 1 No tengo una cuna para mí bebe
- 2 Es parte de mi cultura/ tradición
- 3 Quiero una unión más cercana con mí bebe
- 4 Es más fácil amamantar a mí bebe
- 5 Otra razón
- Por favor díganos: \_\_\_\_\_
68. ¿En promedio, como cuántas horas al día esta su bebé en el mismo cuarto con alguien que esta fumando?
- \_\_\_\_\_ **Horas**
69. ¿Registro a su nuevo bebe en un programa de aseguranza de salud, come el Medi-Cal o una aseguranza privada, antes de salir del hospital?
- Sí.....  1
- No.....  2
70. ¿A tenido su bebé un chequeo medico del bien-bebé? (Es una visita medica para su bebé usualmente a los 2, 4, y 6 meses de edad).
- 1 Sí  **PASE A LA PREGUNTA #72**
- 0 No

**Las preguntas siguientes son sobre el tiempo después de que su nuevo bebé nació.**

58. ¿Está su bebé vivo ahora?  
 Sí..... 1  
 No..... 0  
 Si su bebé falleció, por favor acepte nuestra condolencia más profunda para usted y su familia. Por favor, no dude en llamarnos si nos necesita. Llámenos al: 1-866-706-LAMB (5262).

59. Queremos saber como se sentía sobre el cuidado que recibió en el hospital durante su parto mas reciente. En general, ¿qué opina usted del hospital donde dio a luz a su nuevo bebe?  
 Excelente ..... 1  
 Muy bueno ..... 2  
 Bueno..... 3  
 Un poco mal ..... 4  
 Mal ..... 5

60. ¿Usted amamantó o alimentó con la leche materna a su nuevo bebé después del parto?  
 Sí..... 1 **PASE A LA PREGUNTA #62**  
 No..... 0

**Ahora piense en las cosas que le sucedieron cuando estuvo embarazada con su nuevo bebe.**

24. El embarazo puede ser difícil para algunas mujeres. Las preguntas siguientes son sobre eventos **que le pudieron haber sucedido durante su embarazo más reciente.** Marque **S** si le sucedió o **N** si no le sucedió. *Puede ayudarlo a ver el calendario en la parte posterior de la encuesta.*

- a. Un pariente cercano estuvo muy enfermo y tuvo que ir al hospital ..... S N
- b. Me separé o divorcié de mi esposo o pareja ..... S N
- c. Me mudé a otra dirección ..... S N
- d. No tenía un hogar donde vivir ..... S N
- e. Mi esposo o pareja perdió el trabajo ..... S N
- f. Perdí mi trabajo aunque quería seguir trabajando ..... S N
- g. Peleaba (discutía) con mi esposo o pareja más de lo normal ..... S N
- h. Tenía muchas cuentas que no podía pagar ..... S N
- i. Me peleé físicamente con otra persona ..... S N
- j. Mi esposo o pareja o yo estuvimos en la cárcel..... S N
- k. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema grave con alcohol o droga .. S N
- l. Alguien muy cercano a mí falleció ..... S N
- m. Estuve en un accidente de coche..... S N
- n. ¿Le paso algunas otras cosas serias que durante su embarazo?..... S N

61. ¿Cuales fueron las razones por las que no amamanto a su nuevo bebé? **MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE APLICAN.**

- a. Mi bebé estaba enfermo y no podía darle pecho..... 1
- b. Estaba enferma y no pude darle pecho..... 2
- c. Tenía demasiado quehaceres..... 3
- d. No me gusta amamantar ..... 4
- e. Regrese al trabajo o la escuela ..... 5
- f. Otro..... 6

**Por favor díganos:**

**➤ AHORA PASE A LA PREGUNTA #64**

62. ¿Cuántas semanas o meses dio pecho o se saco leche materna para alimentar a su bebé?  
 \_\_\_\_\_ Semanas O \_\_\_\_\_ Meses  
 Menos de 1 semana ..... 1  
 Todavía estoy dando pecho ..... 2

**➤ PASE A LA PREGUNTA #64**

23. **¿Antes de su ultimo embarazo,** alguna vez tuvo lo siguiente?

- a. Un bebé que nació prematuramente (mas de 3 semanas antes de la fecha programada)..... S N
- b. Un bebé que pesó menos de 5 libras 8 onzas (2.5 kilos)..... S N
- c. Malparto..... S N
- d. Aborto intencional..... S N
- e. Parto muerto..... S N
- f. Un bebé que murió antes de 1 año de edad..... S N
- g. Un bebé que nació con un defecto... S N

**Por favor díganos cual(es) defecto(s) tenia su bebé (bebés):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. La que sigue es una lista de diferentes maneras como se pudo haber sentido **durante su último embarazo**. Por cada pregunta, elija de las siguientes opciones: Nunca, A veces, A menudo, Siempre

**Durante su embarazo más reciente que siguió:**

- |  |              |                |                 |                |
|--|--------------|----------------|-----------------|----------------|
|  | <b>Nunca</b> | <b>A veces</b> | <b>A menudo</b> | <b>Siempre</b> |
|--|--------------|----------------|-----------------|----------------|
- Se sintió muy nerviosa?  
1.....2.....3.....4
  - Se sintió calmada y tranquila?  
1.....2.....3.....4
  - Se sintió triste?  
1.....2.....3.....4
  - Fue una persona feliz?  
1.....2.....3.....4
  - Se molesto sobre algo que paso inesperadamente?  
1.....2.....3.....4
  - Se sintió que no podía controlar cosas importantes en su vida?  
1.....2.....3.....4
  - Sintió que las cosas iban a su manera?  
1.....2.....3.....4
  - Sintió que sus dificultades se le estaban amontonando tanto que no podía superarlas?  
1.....2.....3.....4
  - Se sintió tan mal que nada podía animarla?  
1.....2.....3.....4

26. Lo que sigue es una lista de declaraciones acerca de cómo se sintió durante **su último embarazo**. Por cada articulo abajo elija de los siguiente:

- |                        |                            |                |                         |                       |
|------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------|
| <b>Nada en acuerdo</b> | <b>No estoy de acuerdo</b> | <b>Neutral</b> | <b>Estoy de acuerdo</b> | <b>Muy en acuerdo</b> |
|------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------|

- Sentí que era una persona con valor, por lo menos igual a otras personas.  
1.....2.....3.....4.....5
- Era capas de hacer las cosas tan bien como la mayoría de otras personas.  
1.....2.....3.....4.....5
- En general, estaba satisfecha con mi misma  
1.....2.....3.....4.....5
- Tenía poco control sobre las cosas que me sucedían.  
1.....2.....3.....4.....5
- Sinceramente no tenía ninguna manera de arreglar los problemas que tenia.  
1.....2.....3.....4.....5
- A veces sentí que la vida se esta abusando de mi.  
1.....2.....3.....4.....5
- Podía hacer casi cualquier cosa que me disponía hacer.  
1.....2.....3.....4.....5

27. ¿Qué tan involucrada fue su religión en ayudarle a entender o apoyarla en situaciones estresantes durante su último embarazo?

Para nada.....0

No mucho.....1

Algo involucrada.....2

Muy involucrada.....3

Díganos que tan de acuerdo **esta o no esta** con cada de las siguientes declaraciones acerca este vecindario. Responda por el vecindario donde vivió la **mayoría** de tiempo durante su embarazo.

55. Esta de acuerdo que gente en su vecindario...

- |                        |                            |                |                         |                       |
|------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------|
| <b>Nada en acuerdo</b> | <b>No estoy de acuerdo</b> | <b>Neutral</b> | <b>Estoy de acuerdo</b> | <b>Muy en acuerdo</b> |
|------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------|-----------------------|

- Están dispuestos a ayudar a sus vecinos?  
1.....2.....3.....4.....5
- Este es un vecindario unido?  
1.....2.....3.....4.....5
- Pueden ser confiadas?  
1.....2.....3.....4.....5
- Generalmente no se llevan bien?  
1.....2.....3.....4.....5
- No comparten los mismos valores?  
1.....2.....3.....4.....5

56. Que tan frecuente en su vecindario.....

- |              |                   |                      |                 |                      |
|--------------|-------------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| <b>Nunca</b> | <b>Casi nunca</b> | <b>Algunas veces</b> | <b>A menudo</b> | <b>Bien a menudo</b> |
|--------------|-------------------|----------------------|-----------------|----------------------|

- Se hacen favores uno al otro?  
1.....2.....3.....4.....5
- La gente se da consejos sobre asuntos personales como la crianza de niños o trabajo?  
1.....2.....3.....4.....5
- Hacen fiestas o reuniones donde otras personas del vecindario son invitadas?  
1.....2.....3.....4.....5
- Se visitan en casa de vecinos o en la calle?  
1.....2.....3.....4.....5
- Se vigilan la propiedad uno a al otro?  
1.....2.....3.....4.....5

57. **Como clasificaria esta vecindad en termino de...**

- |                         |                     |                |                  |                      |
|-------------------------|---------------------|----------------|------------------|----------------------|
| <b>Muy desfavorable</b> | <b>Desfavorable</b> | <b>Neutral</b> | <b>Favorable</b> | <b>Muy Favorable</b> |
|-------------------------|---------------------|----------------|------------------|----------------------|

- Protección por parte de la policia  
1.....2.....3.....4.....5
- Protección de propiedad  
1.....2.....3.....4.....5
- Seguridad de violencia  
1.....2.....3.....4.....5
- Personas amigables  
1.....2.....3.....4.....5
- Limpieza  
1.....2.....3.....4.....5
- Tranquilidad  
1.....2.....3.....4.....5
- Calidad de escuelas  
1.....2.....3.....4.....5
- Parques, patios recreativos o banquetas  
1.....2.....3.....4.....5
- Servicios municipales (e.g. servicios de recolección de basura, reparación de las calles, librerías, servicio de agua)  
1.....2.....3.....4.....5

53. ¿Alguna vez se a sentido discriminada, o que le previnieron hacer algo, o que la molestaron o la hicieron sentirse inferior en cualquier de las siguientes situaciones por su raza o color, estado migratorio, edad, ingresos, porque es una mujer, o porque estaba embarazada? **MARQUE**

**TODAS LAS QUE APLICAN**

	Raza/ Color	Estado Migratorio	Edad	Ingresos	Por ser Mujer	Porque estaba Embarazada	Por mi Idioma
En la escuela.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Consiguiendo trabajo ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
En el trabajo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Consiguiendo cuidado medico .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Consiguiendo una vivienda .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Por la policia/ en corte En tiendas o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
restaurantes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Nunca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

**Estas preguntas son acerca de la vecindad donde vivió durante su embarazo mas reciente. Responda acerca de la vecindad donde vivió por más tiempo durante su ultimo embarazo.**

54. ¿Por cuanto tiempo a vivido en esta vecindad? Por favor cuente el número **total** de meses o anos **antes Y durante** su embarazo mas reciente de cuando vivió en esta vecindad.

\_\_\_\_\_ años    **O**    \_\_\_\_\_ meses

28. **Durante** su embarazo más reciente, trabajo fuera de casa?

Sí..... 1

Si paro de trabajar antes de dar a luz a su bebé, ¿durante cual semana de su embarazo paro?

\_\_\_\_\_ semana

No..... 0 **SI NO, PASE A LA PREGUNTA #30**

29. ¿Durante su embarazo más reciente hizo las siguientes cosas regularmente en el trabajo? Por cada pregunta, marque **S (Sí)** si lo hizo o **N (No)** si no lo hizo.

- a. Trabajo mas de 40 horas por semana? ..... S N
- b. Trabajo parada o caminando por mas de 3 horas al día? ..... S N
- c. Levanto o cargo mas de 25 libras en el trabajo ..... S N
- d. Trabajo el turno de noche por lo menos una vez por semana? ..... S N

30. Bastantes mujeres encuentran **los últimos 3 meses del embarazo** difícil. Piense en que tan activa fue durante este tiempo. Que tan seguido participó en alguna actividad física o ejercicio por 30 minutos o más? (Por ejemplo, caminar, nadar, montar en bicicleta, bailar, o trabajar en el jardín) No cuente ejercicio que pudo haber hecho regularmente como parte del trabajo.

No ejercité..... 1

No ejercité, porque un doctor, enfermera, o trabajador del cuidado médico me que advirtió no hacer ejercicio..... 2

Menos de 1 día por semana..... 3

1 a 4 días por la semana..... 4

5 o más días por la semana..... 5

31. ¿Se hizo un lavado vaginal en alguna ocasión durante su embarazo (por ejemplo, uso agua o soluciones como Summer's Eve o Massengill, para limpiar su vagina)?

Sí ..... 1

No ..... 0

32. En promedio, ¿cuantos cigarrillos fumaba usted cada día **después de que se enteró que estaba embarazada?**

- Ninguno ..... 1
- Mas o menos un cigarrillo cada día ..... 2
- Sólo pocos cigarrillos cada día (2-4) ..... 3
- Mas o menos media cajetilla al día (5-14) ..... 4
- Mas o menos una cajetilla al día (15-24). ..... 5
- Mas o menos 1 ½ cajetillas al día (25-34) ..... 6
- Mas o menos 2 cajetillas al día (35-44). ... 7
- Más de 2 cajetillas cada día (45 o más) .. 8

33. Durante su embarazo más reciente, en promedio, ¿cuántas horas por día, estaba en el mismo cuarto con una persona que fumaba?

\_\_\_\_\_ horas

34. ¿Uso usted algunas de estas drogas durante su **embarazo**? Por cada pregunta, marque **S (Si)** si la usó o **N (No)** si no la usó

- a. Medicamentos recetados..... S N
- b. Medicamentos (no recetados por su doctor) ..... S N
- c. Mota (pot, brote/retoño) o Hachís (hash) ..... S N
- d. Anfetamina (drogas estimulantes ice, speed, cristal, crack) ..... S N
- e. Cocaína (rock, coke, rajaduro/quebradura) o Heroína (smack, horse) ..... S N
- f. Tranquilizante (downers, ludes) o Alucinógeno (LSD/ácido, PCP/angel dust, éxtasis)..... S N
- g. Inhalantes como gasolina, pegamento, o otros aerosole..... S N

35. ¿Usted bebió alcohol durante su embarazo más reciente? Por ejemplo cerveza, vino, champaña, licor fuerte, o una bebida mixta hecha con licor.

- Sí ..... 1
- No ..... 0

36. **Algunas mujeres encuentran que el embarazo es un tiempo difícil.** ¿Durante su embarazo mas reciente, alguna vez usted comió menos de lo que necesitaba porque no había bastante **dinero** para comprar alimentos?

- Sí..... 1
- No ..... 0

37. **Durante su ultimo embarazo** ¿que a menudo dejo de comer una comida?

- Nunca..... 1
- Como una vez por semana ..... 2
- Como 2 a 3 veces por semana..... 3
- Como 4 a 6 veces por semana..... 4
- Siempre ..... 5

**Las preguntas siguientes (38-41) se tratan sobre su relación con el padre de su ultimo bebe.**

38. ¿Cuándo nació su bebé, estaba casada con el padre del bebé?

- Casada..... 1
- Separada o divorciada ..... 2
- Viuda..... 3
- Nunca casados pero viviendo juntos ..... 4
- Nunca casados pero viviendo aparte..... 5

50. Nos gustaría saber cómo se sentía sobre el cuidado prenatal que recibió **durante su último embarazo. Si fue a más de un lugar para el cuidado prenatal, conteste por el lugar donde tuvo la mayoría del tiempo su cuidado.**

Insatisfecha
Neutral
Satisfecha

- a. La cantidad de tiempo que tuvo que esperar después de que llego a su visita  
1 ..... 2 ..... 3
- b. La cantidad de tiempo que el doctor o la enfermera paso con usted durante visitas  
1 ..... 2 ..... 3
- c. Los consejos que recibió sobre cómo cuidarse  
1 ..... 2 ..... 3
- d. La comprensión y el respeto que el personal demostró hacia usted  
1 ..... 2 ..... 3

51. **Durante su embarazo** más reciente, ¿recibió cualquiera de los siguientes servicios?

- a. WIC  
S ..... N ..... No necesitaba
- b. Clases de Parto  
S ..... N ..... No necesitaba
- c. Clases para nuevos padres  
S ..... N ..... No necesitaba
- d. Ayuda para dejar de fumar  
S ..... N ..... No necesitaba
- e. Visitas a su casa por una enfermera o trabajador del cuidado médico  
S ..... N ..... No necesitaba
- f. Estampillas para alimento  
S ..... N ..... No necesitaba
- g. TANF (Bienestar Social)  
S ..... N ..... No necesitaba

52. ¿Tuvo algunos de estos problemas **durante su ultimo embarazo?**

- a. Alta presión sanguínea (incluida la preeclampsia, o toxemia) ..... Sí No
- b. Alto nivel de azúcar en la sangre (diabetes) que comenzó *durante* este embaraz ..... Sí No
- c. Contracciones (dolores de parto) más de 3 semanas antes de la fecha programada del parto (parto prematuro) ..... Sí No
- d. Rotura de la fuente más de 3 semanas antes de la fecha programada del parto (ruptura prematura de membranas, PROM) ..... Sí No
- e. Restricción de crecimiento fetal (mi bebé no creció adecuadamente) ..... Sí No
- f. Le cosieron el cuello del útero para cerrárselo (insuficiencia cervical, cerclage) . Sí No
- g. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa) ..... Sí No
- h. Infección bacterial de la vagina .. Sí No
- i. Infección Sexual ..... Sí No
- j. Infección de riñón o vejiga ..... Sí No
- k. Tuvo la gripe ..... Sí No
- l. Severas nausea, vómitos o deshidratación..... Sí No
- m. Problemas con sus dientes o encías (enfermedad periodoncial) ..... Sí No
- n. Se sintió triste, sola o con depresión la mayoría del día por dos semanas o más ..... Sí No
- o. Me mandaron reposar en cama Sí No

48. Durante su **primera** o **segunda** cita de cuidado prenatal, ¿fueron éstas parte de su visita?

- a. Su presión arterial fue medida.....  Sí  No  No sé
- b. Usted dio una muestra de su orina.....  Sí  No  No sé
- c. Tomaron una muestra de sangre.....  Sí  No  No sé
- d. Tomaron su altura y peso.....  Sí  No  No sé
- e. Tuvo un examen pélvico.....  Sí  No  No sé
- f. Su doctor preguntó por los antecedentes de su salud.....  Sí  No  No sé
- g. Tuvo un ultrasonido.....  Sí  No  No sé
- h. Su doctor le preguntó sobre haber sido expuesta al plomo.....  Sí  No  No sé
- i. Otras cosas que le hizo el doctor/enfermera.....  Sí  No  No sé

49. ¿Durante cualquiera de sus visitas de cuidado prenatal, le habló un médico, enfermero, u otro trabajador de la asistencia médica sobre cualquiera de las cosas en la siguiente lista? Cuente solamente las discusiones, no materiales para leer ni los videos

- a. La forma como fumar cigarrillos durante el embarazo puede afectar mi bebe.....  Sí  No  No sé
- b. Como dar pecho para la nutrición de mi bebé.....  Sí  No  No sé
- c. Como tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a mí bebe.....  Sí  No  No sé
- d. Como usar el cinturón de seguridad del automóvil durante mi embarazo.....  Sí  No  No sé
- e. Los métodos anticonceptivos que puedo usar después de mi embarazo.....  Sí  No  No sé
- f. Las medicinas que puedo tomar con seguridad durante mi embarazo.....  Sí  No  No sé
- g. La forma de como el uso de cualquier tipo de drogas puede afectar a mi bebé...  Sí  No  No sé
- h. Que hacer si comenzaban sus dolores de parto antes de tiempo.....  Sí  No  No sé
- i. Como hacerse una prueba del VIH (el virus que causa el SIDA).....  Sí  No  No sé
- j. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a sus mujeres.....  Sí  No  No sé
- k. Como hacerse exámenes para detectar enfermedades o defectos de nacimiento que haya en su familia.....  Sí  No  No sé
- l. Le pregunto si se sentía ansiosa o con depresión.....  Sí  No  No sé
- m. Como vacunarse contra la gripe.....  Sí  No  No sé
- n. Información sobre la exposición al plomo.....  Sí  No  No sé
- o. La cantidad apropiada de peso que debía de aumentar .....  Sí  No  No sé

¿Cuanto peso le recomendaron que aumentara?

\_\_\_\_\_ Libras O \_\_\_\_\_ Kilos

39. ¿Que a **menudo** tenia desacuerdos o discusiones con el padre del bebé sobre lo siguiente?

- a. Dinero  
 NUNCA.....  A VECES .....  FRECUENTE
- b. Sobre pasando tiempo juntos  
 NUNCA.....  A VECES .....  FRECUENTE
- c. Sobre sexo  
 NUNCA.....  A VECES .....  FRECUENTE
- d. El alcohol o el uso de las drogas  
 NUNCA.....  A VECES .....  FRECUENTE
- e. Sobre siendo fiel una al otro  
 NUNCA.....  A VECES .....  FRECUENTE

40. Durante su embarazo más reciente, ¿Hizo el padre del bebé lo siguiente?

- a. ¿Le dio dinero o compró cosas para usted? .....  S  N
- b. ¿La ayudó de otras maneras, tales como llevándola al doctor o ayudándole con que hacerse?.....  S  N
- c. La ayudo emocionalmente durante su parto.....  S  N
- d. La visitó a usted y al bebé en el hospital después del alumbramiento.....  S  N
- e. Deseaba ponerle su nombre en la acta de nacimiento del bebé como el padre.....  S  N
- f. Dijo que deseaba estar involucrado en criar a su niño en los años venideros.....  S  N
- g. Le pego o cacheteo cuando estaba enojado.....  S  N
- h. La insulto o la critico a usted o a sus ideas.....  S  N
- i. La amenazo o la hizo sentir insegura en alguna manera.....  S  N

j. Temía por la seguridad de usted o su familia por la cólera que tenia el padre de su bebe o por las amenazas que el hacia.....  S  N

k. El padre del bebé trató de controlar sus actividades, por ejemplo, controlaba con quien podría hablar o donde podía ir.....  S  N

l. El padre del bebé la forzó a tomar parte en cualquier actividad sexual cuando usted no quería (incluyendo caricias que la hicieron sentir incomoda).....  S  N

41. ¿En general, que tan satisfecha estuvo con el respaldo que le dio el padre del bebe **durante su ultimo embarazo? MARQUE UNA RESPUESTA.**

- Nada satisfecha.....  1
- Algo descontenta.....  2
- Neutral .....  3
- Algo satisfecha .....  4
- Muy Satisfecha.....  5

42. Durante su embarazo más reciente ¿qué tan frecuenté pudo haber recibido la ayuda anotada en la lista de abajo si la hubiera necesitado?

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Mayoría del tiempo	Todo el tiempo
a. Alguien quien me prestara \$50	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Alguien quien me ayudara si estuviera enferma y necesitaba quedarme en cama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Alguien quien me llevara a la clínica o al doctor si necesitaba transporte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Quien me diera alojamiento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Alguien quien me ayudara con el cuidado de niños	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. Alguien quien me ayudara con los quehaceres en la casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. Alguien con quien pudiera hablar sobre mis problemas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**Las siguientes preguntas se refieren a los chequeos y consejos sobre el embarazo que recibió durante su embarazo más reciente. Puede ayudarle ver el calendario en la parte de atrás de esta encuesta.**

43 ¿Aproximadamente cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando **tuvo** su primera visita para recibir cuidado prenatal? Sin contar la visita sólo para hacerse la prueba del embarazo o para WIC (El Programa de Nutrición Para Mujeres, Infantes, y Niños).  
 \_\_\_\_\_ Semanas    **O**    \_\_\_\_\_ Meses

No fui para el cuidado prenatal

**PASE A LA PREGUNTA #51**

44. ¿A dónde fue usted para su cuidado prenatal? **Si fue a más de un lugar para el cuidado prenatal, la respuesta es para el lugar en donde consiguió la mayoría de su cuidado.**

Oficina de doctor privada ..... 1

Organización de mantenimiento de la salud (HMO) ..... 2

Clínica del gobierno ..... 3

Clínica del hospital..... 4

Otro sitios..... 5

45 ¿Recibió cuidado prenatal tan pronto como lo hubiera querido durante su embarazo?

1 Sí     **PASE A LA PREGUNTA #47**

0 No

46. ¿Algunas de las siguientes cosas le impidió a conseguir cuidado prenatal tan pronto como hubiera querido? Por cada pregunta, marque **S (Si)** si si o **N (No)** si no.

- a. No podía conseguir una cita más temprano..... S    N
- b. No tenía suficiente dinero o seguro medico para pagar por las consultas..... S    N
- c. No tenía mi tarjeta de Medi-Cal..... S    N
- d. Tuve problemas encontrando un lugar que aceptara mi seguro o Medi-Cal..... S    N
- e. No sabía a dónde ir para recibir cuidado prenatal..... S    N
- f. No tenía cómo llegar a la clínica o a la oficina del doctor..... S    N
- g. No había nadie para cuidar a mis hijos..... S    N
- h. Tenía demasiados problemas que resolver..... S    N
- i. No podía salirme de mi empleo..... S    N
- j. El doctor o mi plan de salud no daban servicios mas temprano..... S    N
- k. No quería que nadie supiera que estaba embarazada..... S    N
- l. No sabía que estaba embarazada..... S    N
- m. No podía encontrar un doctor o enfermera que hablara mi idioma..... S    N
- n. ¿Tuvo algún otro problema para recibir cuidado prenatal?..... S    N  
**Por favor díganos:**\_\_\_\_\_

47. ¿Qué distancia viajó (un sentido) para recibir el cuidado prenatal?

- Menos de 5 millas ..... 1
- 5-14 millas ..... 2
- 15-29 millas ..... 3
- 30-50 millas ..... 4
- Mas de 50 millas ..... 5

**PRINT  
TO PDF  
AND  
DELETE  
THIS  
SHEET**